

GILA COUNTY COMMUNITY ACTION PROGRAM

5515 South Apache Avenue, Globe, AZ 85501

P.O. Box 1254, Globe, AZ 85502

Phone: (928) 425-7631

Fax: (928) 425-9468

Pre-Interview Formulario / Cuestionario por Gila County CAP

Complete todo la información pedida en este formulario y devuelvalo a esta oficina. Usted debe contestar todas las preguntas antes de volverselo. Su cita se fijara basado en las aperturas. Completando este formulario no garantiza una cita o ayuda.

Nombre: _____

La Dirección mandando por correo: _____ City /State/Zip Code: _____

La Dirección residencia: _____ Número de teléfono: _____ home / message

Empezando con usted, lista todos que vivimos en su casa. Incluya TODOS los números del Seguro social. (POR FAVOR LA IMPRESIÓN)

Nombre Last	First	Middle In.	Edad	Numeros de Seguro Social	Fecha de Nacimiento	Médico Sí o No

Si usted necesita el espacio adicional para otros miembros de la casa, por favor use la parte de atrás de esta página.

¿Usted ha recibido la ayuda alguna vez de nuestra agencia? Sí ____ ¿Cuándo? _____

¿Si sí, qué ayuda usted recibió? _____

¿Qué usted necesita la ayuda con? ____ Rent/Mortgage El ____ Electric/Gas/Propane ____ Otro ____

Si para otro, por favor especifique _____

¿Usted tiene una evicción o aviso de la exclusión? ____ Si ____ No

¿Usted tiene un aviso cerrado-apagado de una compañía de utilidad? ____ Yes ____ No Desconecte el date _____

Por qué usted ha sido incapaz de pagar la factura (sea específico) _____

¿Usted está trabajando actualmente? ____ Yes ____ No ¿Cuántas horas una semana usted trabaja? _____

¿Si usted, u otros en su casa, no es activo, lo que es la razón principal usted o ellos no son activos?

OTRO INGRESO

Otras fuentes de ingreso(ex.: Seguro Social/SSI, Desempleo, TANF Cobre la Ayuda, Apoyo del niño, Alimony, Pension, VA, Compensación de los obreros, etc.) Liste que las fuentes y cantidades de totalidad recibieron cada mes

La RENTA BRUTA TOTAL DE TODAS las FUENTES (antes de las deducciones) PARA TODOS EN LA CASA DE CUALQUIER FUENTE PARA LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS _____

Signature: _____

Date: _____

**POR FAVOR COMPLETE ESTE FORMULARIO DEL PRESUPUESTO
 ESTO DEBE MOSTRAR
 SUS MEDIO GASTOS
 MENSUALES**

GASTOS	La Cantidad mensual	Las Notas especiales
Electrico		
Gas		
Propano		
Madera		
Otro		
Alquile el Pago		
Hipoteque el Pago		
Los impuestos en casa		
Seguro en casa		
Comida		
Personal		
Ropa		
Pago del autom6vil		
Seguro del autom6vil		
Gasoline		
Telefono		
Agua		
Medical/ Dental		
Tarjetas del Credito		
Sewer		
Cuidado del ni1o		
Education		
Gifts and donations		
Recreation/Entertainment		
El tabaco y/o Alcohol		
Otr o		
Otro		
Los Gastos totales Cada Mes		

Gross Income / Last 30 Days	
Menos las Deducciones de la N6mina	
=Net Income / Last 30 Days	

La fecha que usted vino al Condado de Gila _____ La fecha que usted vino al Arizona _____

USTED ES GUARDAR ESTA PÁGINA

POR FAVOR LEA CUIDADOSAMENTE

Devuelva la encuesta completada a esta oficina. Usted se avisará por un Gerente del Caso para fijar su cita, basado en la disponibilidad. Estos documentos se REQUIEREN para esa cita. Si usted tiene las preguntas sobre estos documentos, le pregunta a su Gerente del Caso antes de que usted venga para su cita.

La prueba de ingreso para todos que vive en su casa durante los últimos 30 días. Esto incluye el cheque o paga talones, las cartas del premio de la TANF Dinero en efectivo Ayuda, el Seguro social, SSI, el Desempleo, el Apoyo del Niño, la Compensación de Obrero, Pensiona regalos, los préstamos, etc.,

Las Tarjetas del Seguro social para todos que viven en su casa.

El nacimiento Certifica para todos los niños en la casa.

Las copias impresas de la computadora de D.E.S. para verificar la Ayuda del Dinero en efectivo, la Comida Estampa, Desempleo, o cualquier otro beneficio que usted recibe de ellos.

Su Eléctrico y facturas de Gas y un recibo de la renta actual.

El Aviso de la Evicción legal (ninguna nota escrito a mano) si usted está pidiendo la ayuda del arriendo.

La prueba de su crisis: Usted debe verificar el cause(s) qué llevó a su problema financiero presente. Nosotros necesitamos prueba de reducción en el ingreso, pérdida del trabajo, los recibos para los gastos inesperados, y/o cualquier otro evento que llevó a a la necesidad por la ayuda financiera.

El Gerente del Caso puede requerir otra comprobación no listada anteriormente, mientras dependiendo en sus circunstancias individuales. Por favor recuerde que esa ayuda no se garantiza.

SEA A TIEMPO PARA SU CITA. SI USTED ESTÁ más de QUINCE (15) MINUTOS TARDE, USTED no SE VERÁ Y TENDRÁ que REPROGRAMAR LA CITA.

SI EN ABSOLUTO POSIBLE, POR FAVOR PONGA EN ORDEN PARA PRIOR DE CHILDCARE A SU CITA. SU ENTREVISTA IRÁ MÁS RÁPIDA A MENOS QUE LOS NIÑOS PRESENTAN.

SI USTED NO TIENE SU COMPROBACIÓN, USTED PUEDE TENER QUE REPROGRAMAR LA CITA.

YO ENTIENDO QUE YO TENGO EL DERECHO A UN OÍDO SI ME NIEGAN LOS SERVICIOS.

LA CITA SE FIJA PARA:

EL DATE: _____ TIME: _____ CASO MANAGER: _____

Otros que los artículos necesitaron.
